

# 高齢者肺炎球菌感染症予防接種予診票

(注) 過去に定期・任意関わらず、接種を受けたことのある方は定期接種の対象外となります。

▼これは、予防接種を受ける方の健康調査です。下の太枠のすべての項目について、○印および必要事項を記入してください。

診察前の体温	度 分
--------	-----

氏名 <u>カガナ</u> 大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	男・女	住所 (住民票のある住所) 電話 (      -      -      )
-------------------------------------	-----	--

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 ※「いいえ」の方は、裏面の記入もお願いします。 それはいつ頃ですか。(平成 年 月 日)	はい    いいえ	
今日の肺炎球菌感染症の予防接種について市が作成している「高齢者肺炎球菌感染症予防接種についての説明書」を読みましたか。	はい    いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか		
現在、何か病気にかかっていますか。 ・病名を書いてください。      病名 (      ) ・治療 (投薬など) を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい    いいえ はい    いいえ はい    いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい    いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。      症状 (      )	はい    いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい    いいえ	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。	はい    いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 (      )	はい    いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 ・病名を書いてください。      病名 (      ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい    いいえ はい    いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 ・病名を書いてください。      病名 (      )	はい    いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい    いいえ	

<b>* 医師の記入欄 *</b> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 本人に対して予防接種の効果・副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明した。	<b>医師署名又は記名押印</b>			
使用ワクチン名・Lot No.	皮下注射・筋肉注射の別	接種量	実施医療機関・医師名	接種 (不可) 年月日
※有効期限が切れてないか要確認		皮下注射・筋肉注射	0.5ml	年 月 日

**肺炎球菌感染症予防接種希望** (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

( **接種を希望します** ・ **接種を希望しません** )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。      年 月 日 **被接種者自署**

**代筆者自署** (続柄:      )

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。)

**医療機関記入欄** (下記については医療機関の方がご記入ください。)

<b>※減免者の確認</b>	<input type="checkbox"/> 一般 (有料) <input type="checkbox"/> 非課税世帯 (非課税世帯証明書の添付) <input type="checkbox"/> 生活保護者 (ケース番号No.      )
----------------	--

※60～65歳未満の場合 (証明書添付又は記載 病名:      手帳番号      )

表の問診で「肺炎球菌の予防接種を受けたことがない」と答えられた方は、下記を読まれて質問にお答えください。

### 「高齢者肺炎球菌ワクチンの副反応について」

高齢者肺炎球菌定期予防接種のワクチンは 23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（ニューモバックス）を使用します。接種を希望される方は、下記の副反応について十分理解した上で、接種されますようお願いいたします。

- 過去 5 年以内に高齢者肺炎球菌予防接種（23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン：ニューモバックス）を接種されたことのある方が再度接種した場合の副反応は、初回接種時よりも注射部位の疼痛・紅班・硬結等を起こす頻度が高く、程度も強く発現すると報告されています。

【重篤な副反応】 アナフィラキシー様反応・血小板減少・知覚異常、ギランバレー等の急性神経根障害・蜂巣炎、蜂巣炎様反応などがあります。

【その他の副反応】 接種部位（疼痛・熱感・腫脹・発赤・硬結・掻痒感）、  
全身症状（発熱・悪寒・倦怠感・違和感・ほてり）  
呼吸器（咽頭痛・鼻炎）  
皮膚（皮疹）など

上記の「高齢者肺炎球菌ワクチンの副反応について」を読まれた上で肺炎球菌の予防接種を受けたことがないと答えられた方に再度お聞きします。

過去に高齢者肺炎球菌（23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン：ニューモバックス）の予防接種を受けたことがありますか。

どちらかを○で囲んでください。（ はい ・ いいえ ）

（注）接種時期（定期・任意）に関わらず過去に同じワクチンを接種しており、今回 2 回目の接種をされたことがわかった場合、2 回目の費用は定期予防接種の補助の対象にはなりませんので実費をお支払いいただくこととなります。ご了承ください。

上記副反応等について十分理解した上で、高齢者肺炎球菌予防接種を希望することに同意しますか。（下記のどちらかを○で囲んでください。）

（ 同意する ・ 同意しない ）

氏名 \_\_\_\_\_  
代筆者 \_\_\_\_\_ 続柄（ ） \_\_\_\_\_